



 **Providence**  
Medicare Advantage Plans

**2026**

# Generalidades destacadas de los beneficios

**Providence Medicare Sycamore + Medicamentos de receta (HMO)**

Condado de Orange en California

**Socios de atención con proveedores de su confianza**

 **Providence**  
Mission | St. Joseph | St. Jude

# Providence Medicare Advantage Plans

## – Parte C

	<b>Providence Medicare Sycamore + Medicamentos de receta (HMO)</b>
Prima mensual con cobertura de medicamentos de receta	\$0
Subsidio de la Parte B***	\$10
	<b>Dentro de la red</b>
Deducible médico	\$0
Máximo de gastos de bolsillo	\$400
	<b>Usted paga</b>
Visita al consultorio médico (PCP)	\$0
Visita a especialista	\$0
Atención preventiva	\$0
Hospitalización	\$0
Centro de enfermería especializada	1-20 días: \$0 21-100 días: \$100
Cirugía ambulatoria - Centro ambulatorio	\$0
Cirugía ambulatoria - Hospital	\$0
Suministros para diabéticos	\$0
Análisis de laboratorio	\$0
Radiografías	\$0
Radiología de diagnóstico	\$0
Pruebas y procedimientos para diagnóstico - ambulatorio	\$0
Terapia: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla	\$0
Equipo médico duradero	20 %
Salud en el hogar	\$0
Telesalud - Atención primaria**	\$0
Telesalud - Especialista**	\$0
	<b>Dentro de la red</b>
Atención de urgencia	\$0
Sala de emergencias*	\$150
Ambulancia - Terrestre sin transporte	\$100
Ambulancia - Terrestre transporte de emergencia	\$100
Ambulancia - Aire	\$100

\*Copago exonerado si es admitido en el hospital en un plazo de 24 horas para la misma afección.

\*\*Pagará el costo compartido que corresponda a los servicios.

Es posible que haya otros cargos y límites. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información. Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del Plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluso sobre el costo compartido que corresponde a los servicios fuera de la red.

\*\*\*El subsidio de la prima de la Parte B de Medicare, también conocida como reducción de la prima de la Parte B en \$10. Providence Medicare Advantage Plans le pagará a la Administración del Seguro Social (SSA) directamente. Si usted paga suprima médica de la Parte B por medio de su beneficio del Seguro Social, su cheque del Seguro Social aumentará en \$10. Si usted paga su prima de la Parte B directamente a Medicare, su pago de la prima mensual se reducirá en \$10.

# Cobertura de farmacia

## – Parte D

	Providence Medicare Sycamore + Medicamentos de receta (HMO)	
Deducible anual	\$0	
Insulina de la Parte D	\$35	
	30 días	100 días
Genérico preferido	\$0	\$0
Genérico	\$0	\$0
Marca preferida	\$40	\$120
Medicamentos no preferidos	\$100	\$300
Medicamentos de especialidad	33 %	N/C

Pedido por correo para medicamentos de mantenimiento, reciba un suministro para hasta 100 días de nuestras farmacias de pedido por correo de la red. Los copagos de la lista son para las farmacias de la red preferidas únicamente; los copagos de otras farmacias pueden costar más.

Para los productos de insulina de la Parte D, usted pagará hasta \$35 por mes. Para todas las vacunas de la Parte D recomendadas por el ACIP, no habrá costos compartidos. El formulario o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Se le notificará cuando sea necesario.

Etapa 1: Deducible de recetas	Etapa 2: Cobertura inicial	Etapa 3: Cobertura para catástrofes
Esta etapa solo aplica para planes con deducible de la Parte D. Permanecerá en esta etapa hasta que haya alcanzado su deducible de la Parte D para sus medicamentos de marca, no preferidos y de especialidad de los niveles 3, 4 y 5.	Permanece en esta etapa hasta que el monto de los costos de su propio bolsillo llega a \$2,100, después pasa a la Etapa 3.	En esta etapa, no paga nada para los medicamentos de la Parte D.

## Dental, audición, visión y más

	Providence Medicare Sycamore + Medicamentos de receta (HMO)
	Usted paga
Examen de ojos de rutina (uno por año)	\$0
Examen de audición de rutina (uno por año)**	\$0
Audífonos (dos por año)**	\$499/\$699/\$999
Membresía del gimnasio	\$0
Pelucas para la pérdida de pelo relacionada con la quimioterapia	\$0
	Usted obtiene
Tarjeta de beneficios flexible	
Dental flexible	\$350/Cada seis meses
Entrega de comidas después de estadía en el hospital	14 días/28 comidas

\*\*Debe consultar a un proveedor de TruHearing. Es posible que haya otros cargos y límites. Hasta dos audífonos por año (uno por oído) con copagos de \$499 por audifono para el plan Estándar, \$699 por audifono para el plan Avanzado o \$999 por audifono para el plan Premium. Providence Health Assurance (Seguro de salud de Providence) es un plan HMO, HMO-POS y HMO SNP con contratos de Medicare y de Oregon Health Plan (Plan de Salud de Oregon). La inscripción en Providence Health Assurance depende de la renovación del contrato.



## ¿Desea más información?

Así es como puede comunicarse con nosotros.



Llámenos para obtener información, para inscribirse o para realizar una cita personal al

**1-888-804-5194 (TTY: 711)**

de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora del Pacífico), de lunes a viernes.



Consulte nuestro sitio web para obtener más información o inscribirse en

**[TheProvidenceAdvantage.com/OCEnrollGuide26](https://TheProvidenceAdvantage.com/OCEnrollGuide26)**

